

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1900-1901. — N° 38

DE
CERTAINS NÉOPLASMES CUTANÉS

ET EN PARTICULIER

de l'Épithélioma Sébacé Molluscoïde

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 Décembre 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles ÉVRARD

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né à Sainte-Menehould (Marne), le 2 Avril 1878



LYON

IMPRIMERIE MOUGIN-RUSAND, WALTENER & C^{ie} SUCCESSIONS

3, rue Stella, 3

1900

DE
CERTAINS NÉOPLASMES CUTANÉS

ET EN PARTICULIER

de l'Épithélioma Sébacé Molluscoïde



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 38

DE

CERTAINS NÉOPLASMES CUTANÉS

ET EN PARTICULIER

de l'Épithélioma Sébacé Molluscoïde

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 Décembre 1900

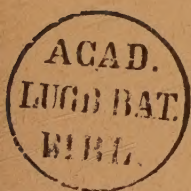
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles ÉVRARD

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON.

Né a Sainte-Menebould (Marne), le 2 Avril 1878



LYON

IMPRIMERIE MOUGIN-RUSAND, WALTENER & C^{ie} SUCCESSIONS

3, rue Stella, 3

1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	DOYEN.
LACASSAGNE	ASSESEUR.
CROLAS.	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
		BONDET.
Cliniques chirurgicales	}	BARD.
		X.
Clinique obstétricale et Accouchements		PONCET.
Clinique ophtalmologique.		FOCHIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAYET.
Clinique des maladies mentales		GAILLETON.
Physique médicale		PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique		MONOYER.
Chimie organique et Toxicologie.		HUGOUNENQ.
Matière médicale et Botanique.		CAZENEUVE.
Parasitologie		FLORENCE.
Anatomie.		LORTET.
Anatomie générale et Histologie		TESTUT.
Physiologie		RENAUT.
Pathologie interne		MORAT.
Pathologie externe		TEISSIER.
Pathologie et Thérapeutique générales.		AUGAGNEUR.
Anatomie pathologique		MAYET.
Médecine opératoire.		TRIPRIER.
Médecine expérimentale et comparée		POLLOSSON (M.)
Médecine légale		ARLOING.
Hygiène		LACASSAGNE.
Thérapeutique		COURMONT.
Pharmacologie		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes	LAROYENNE.
--	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	WEILL, agrégé.
Maladie des voies urinaires.	CHANDELUX
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS —
Accouchements.	POLLOSSON (A.)
Propédeutique médicale	ROQUE,
Propédeutique chirurgicale	GANGOLPHE,
Botanique.	BEAUVISAGE.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVIOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BÉRARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, *Président* ; M. ROCHET, *Assesseur* ;
MM. COLLET et SIRAUD, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES MAITRES CIVILS ET MILITAIRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PONCET

Chevalier de la Légion d'honneur

Professeur de clinique chirurgicale

Membre correspondant de l'Académie de Médecine

INTRODUCTION

Au cours de notre stage à la Clinique chirurgicale de M. le Professeur Poncet, nous avons eu l'occasion d'observer un malade atteint d'une tumeur pédiculée dont les allures cliniques présentaient certaines particularités.

Nous avons songé à rapprocher cette néoplasie de tumeurs également pédiculées et molluscoïdes décrites chez les bovidés sous le nom de verrues. Mais l'examen histologique pratiqué par M. le Docteur Dor, a montré qu'il n'y avait là qu'une analogie apparente, que la tumeur humaine se rattachait au type épithélial sébacé, et qu'il ne saurait être question de l'assimiler à la verrue des bovidés.

Bien que nous arrivions à une conclusion opposée à celle que nous pensions devoir tirer de nos investigations, nous croyons qu'il est utile de faire connaître les recherches auxquelles nous nous sommes livré, parce

qu'une conclusion négative a autant de valeur scientifique qu'une solution positive.

D'ailleurs, il est intéressant de faire connaître mieux qu'il ne l'est l'épithélioma pédiculé de la peau, et d'exposer les éléments de diagnostic qui permettront de reconnaître cette tumeur. L'étude des cancers est actuellement à l'ordre du jour, et tout ce qui concerne la classification de ces tumeurs a son importance, car ils sont fort différents les uns des autres au point de vue de leur malignité.

Une seconde tumeur d'aspect identique fut observée quelque temps après dans le service de M. le professeur Gailleton, et l'étude qui en fut faite permit de constater des détails intéressants touchant sa structure et son origine.

Nous présentons ce travail, certainement très imparfait, mais consciencieux, comme une modeste contribution à l'étude des néoplasmes de la peau et, en particulier, du cancer sébacé, bien connu grâce aux travaux de M. le professeur Poncet, et pour signaler l'existence de formes cliniques spéciales. Une observation plus attentive permettra sans doute de distinguer des tumeurs analogues parmi les productions papillomateuses de la peau, ulcérées ou non, qu'on diagnostique verrue ou cancroïde, qu'on opère avec succès, et dont la véritable nature échappe au clinicien.

Nous avons été, d'ailleurs, généreusement aidé par M. le docteur Dor, qui nous a prodigué son temps et ses conseils. Qu'il daigne accepter les témoignages de notre gratitude.

Mais nous réservons les hommages les plus respec-

tueux de notre reconnaissance à notre éminent maître M. le professeur Poncet, qui a bien voulu nous confier ce travail et nous fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Ses intéressantes leçons resteront les documents les plus précieux des connaissances pratiques que nous avons recueillies dans les cliniques hospitalières.

En tête de cet opusculé, nous placerons l'observation qui a servi de point de départ à nos recherches, puis la description anatomo-pathologique de la tumeur.

Nous établirons ensuite le diagnostic différentiel de cette affection avec les excroissances verruqueuses plus ou moins analogues des bovidés et de l'homme, et les différentes formes de cancer cutané. Ensuite nous examinerons l'étiologie, le mode de production et de développement, et la nature de l'épithélioma verruqueux ou molluscoïde. Enfin, nous exposerons ses allures cliniques et le traitement dont il est justiciable.

OBSERVATION I (inédite).

Tumeur présternale. — D. Jean, 79 ans, cultivateur, entré le 11 juin 1900 dans le service de M. le professeur Poncet, salle Saint-Philippe n° 9.

Le malade ne signale rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Personne dans sa famille n'a présenté d'affection analogue à la sienne. Aucune maladie grave antérieure.

Il se souvient seulement d'avoir été mordu autrefois, il y a 19 ans, à la région présternale par un enfant (?) Il en est résulté une plaie qui suppura quelque temps, puis finit par se cicatriser normalement. Cependant, le malade vit, à plusieurs reprises, apparaître autour de cette cicatrice, une éruption de nature papuleuse, disparaissant au bout de peu de temps sans laisser de traces. Cet état de choses persista pendant plusieurs années, sans que la cicatrice ait changé d'aspect, quand, il y a deux ans, une éruption nouvelle se produisit, plus importante que les précédentes. L'une des papules grossit, s'ulcéra, végéta, et peu à peu se constitua la tumeur que nous observons actuellement. Pendant ce temps, le malade a quitté ses travaux et cessé de s'occuper à soigner des animaux.

A l'entrée, on constate à la partie moyenne de la région présternale, une tumeur aplatie, du volume d'une châtaigne, de coloration rose clair, analogue à celle des bourgeons charnus, recouverte d'un enduit noirâtre et réunie à la peau par un pédicule mince, en sorte qu'elle affecte dans l'ensemble l'aspect bourgeonnant du chou-fleur et l'aspect pédiculé du champignon implanté sur une plaie. Autour, la peau est rouge, pigmentée, et présente des traces d'inflammation chronique. Il n'existe pas de point induré, sauf le point d'implantation du pédicule, où le tégument envahi présente une certaine dureté.

Aucune sécrétion ne s'écoule de la tumeur, qui est d'ailleurs mobile sur les plans profonds, et n'est nullement douloureuse. Légère adénite de l'aisselle gauche.

L'état général ne laisse rien à désirer.

13 juin : On procède à la cure radicale de cette tumeur. Pour cela, on circonscrit le pédicule par une incision circulaire passant en tissu sain. L'ablation ne présente aucune difficulté. Pansement à plat.

24 juin : La cicatrisation s'est faite normalement, et le malade peut sortir, la plaie étant presque guérie.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie pathologique

Au point de vue anatomo-pathologique, la tumeur que nous avons observée chez le malade de la salle Saint-Philippe, et qui fut analysée au laboratoire de M. le professeur Poncet, appartenait au *type épithélial sébacé*. Elle se distinguait morphologiquement par certains caractères spéciaux qui témoignaient de l'origine épidermique de l'appareil pilo-sébacé. Ces particularités étaient plus manifestes encore dans la tumeur de la malade de l'Antiquaille, qui s'écartait davantage des descriptions habituelles de l'épithélioma sébacé vrai, et semblait se rapprocher du type épidermique, sans toutefois présenter les caractères distinctifs de cette variété. C'est qu'en effet, l'appareil pilo-sébacé, développé aux dépens de bourgeonnements directs des couches ectodermiques, emprunte à son origine une fonctionnalité et une signification qui n'appartiennent pas aux glandes

complexes de l'organisme. Le germe des glandes sébacées, expansion latérale du repli ectodermique qui formera le poil, constitue un bourgeon d'abord plein, uni ou multilobulé (glandes de Meibomius). Plus tard se développent des colonnes de cellules sécrétantes prismatiques, polyédriques, pavimenteuses, véritables cellules malpighiennes, organisées en acini, qui ne tardent pas à subir la métamorphose graisseuse par fonte totale (cellules holocrines), sous forme de grains colorables en noir par l'osmium, et que M. le professeur Renaut appelle *grains pimélogènes*. Au sein de l'acinus, les cellules se disposent en « formations réticulaires » et vers son centre, subissent une véritable évolution épidermique; après s'être chargées d'éléidine, elles se dissocient en écailles analogues à celles de l'épiderme desquamant. Ces produits huileux mêlés sans ordre aux débris cellulaires s'écoulent par le collet du poil, grâce à la contraction des *arrectores*. Ce sont donc bien des cellules épidermiques à fonctionnalité différenciée.

Nous retrouvons à propos des tumeurs, cette complexité de l'action physiologique et cet état intermédiaire de l'origine elle-même. La tumeur se coupe facilement, et n'offre qu'une consistance assez peu prononcée, elle ne crie pas sous le scalpel. La surface de section n'est pas absolument homogène, mais granuleuse, rappelant l'état lobulé de la formation acineuse. Le tissu conjonctif délimite au sein de la masse des îlots de substance d'importance variable, mais il ne paraît pas suffisamment hyperplasié pour imprimer aux lobules parenchymateux de saillie notable. En résumé, la coupe offre plutôt une apparence myxomateuse, de

coloration uniforme blanchâtre, sans points particulièrement indurés ou ramollis, sans éléments vasculaires visibles: elle rappelle assez bien l'apparence d'un gâteau de riz, ou encore de marc de raisin comprimé, dont les grains, détachés, possèdent une paroi d'enkystement témoin de la dislocation des acini. A la périphérie, on constate que la tumeur est irrégulièrement lobulée et que les zones épidermiques, d'ailleurs singulièrement atrophiées à l'œil nu poussent des prolongements au sein de la masse. En aucun endroit, la tumeur n'est ulcérée, il n'existe aucune zone de ramollissement, ni d'ulcération. Tout au plus la peau offre-t-elle des phénomènes d'irritation et des excoriations limitées, sans rapport avec la masse néoplasique elle-même. Le raclage ne donne pas de suc, mais bien des parcelles de substance granuleuse de coloration blanc grisâtre, de consistance molle et onctueuse. A la pression, on fait sourdre une quantité faible de ces mêmes grumeaux et des filaments allongés analogues à du vermicelle, non miscibles à l'eau, sans qu'une pression forte puisse en évacuer de grandes quantités, d'où il résulte que la masse conserve son volume et sa consistance primitives.

Au microscope, on reconnaît à un faible grossissement la présence des éléments glandulaires, dont la prolifération irrégulière constitue la tumeur. Les différentes couches de la peau sont indistinctes et atrophiées, on n'y aperçoit pas de zone bien nette d'hypertrophie des papilles, et rien qui rappelle l'aspect lobulé et corné des bandes épidermiques. Le tissu conjonctif a envahi ces espaces et se tasse dans les portions les

plus périphériques. Cette même atrophie frappe la gaine et le bulbe pileux, qui disparaissent et deviennent très difficilement reconnaissables.

Les culs-de-sacs glandulaires sont notablement déformés et hypertrophiés, et figurent des aspects multiples selon le champ d'observation. Tantôt, il s'agit d'un accroissement pur et simple à la manière d'une prolifération de l'adénome cylindrique : les acini sont hypertrophiés et hyperplasiés, et tapissés d'une couche de cellules bordantes presque normales et adultes, disposées avec une certaine régularité sur la basale, au nombre de quatre ou cinq assises de moins en moins serrées et concentriques. Cependant leur forme normale est changée, elle deviennent globuleuses, et leur évolution naturelle est pervertie. De rares blocs graisseux jaunâtres se rencontrent au sein de ces amas arrondis. La prolifération épithéliale n'y est pas très accentuée. — Cet aspect particulièrement régulier ne s'observe d'ailleurs qu'en des points très limités de la préparation.

Le plus habituellement, on constate la présence de formations irrégulièrement arrondies, sinueuses, de dimensions variables, présentant avec les précédentes toutes les nuances de transition. Des dilatations ampullaires très compliquées parfois dessinent des festons qui convergent plus ou moins nettement vers un point commun, et présentent des figures géométriques variées suivant le hasard de la coupe et l'organisation du tissu conjonctif qui l'entoure. Ailleurs, un espace régulièrement cylindrique et allongé témoigne de la dilatation des canalicules excréteurs. On reconnaît encore les

cellules apaties polyédriques, nombreuses, proliférées, accumulées dans un désordre inextricable, sans rapport de contiguité bien net, et encombrant la lumière la plus proche. Leur noyau est petit, se colore assez mal, le protoplasma est granuleux, sans apparence manifeste d'évolution graisseuse. Cependant, certaines d'entre elles sont gonflées de masses hyalines sans affinité histo-chimique, qui occupent une place plus ou moins considérable au sein de la cellule, prennent l'aspect de boules ou de croissants réfringents et colloïdes, et refoulent le noyau à la périphérie de la cellule. De même, au centre des cylindres épithéliaux, on constate l'existence de ces mêmes masses claires, d'aspect sébacé, « qui remplacent les globes cornés du type malpighien » (Bard), on ne rencontre point de cellules fondamentales rappelant le type malpighien, volumineuses, découpées, cohérentes comme dans la tumeur de l'observation II ; nulle part d'éléidine ni de pointes de Schultze. — Par contre, ce qui domine, c'est la présence d'éléments épithélioïdes proliférés, en nombre très considérable, qui occupent les espaces lacunaires des formations lobulées, la lumière des canaux, le stroma interstitiel, et au milieu desquels on a peine à distinguer les cellules pavimenteuses de l'organe primitif. Elles se caractérisent par leur affinité excessive pour l'éosine, elles sont de petit volume, possèdent un gros noyau qui occupe une place prépondérante ; le protoplasma, homogène, ne figure au contraire que pour une part restreinte. Elles présentent donc des caractères tranchés de prolifération épithéliale. Malgré leur abondance, on n'observe que très rarement des formations cylindriques

figurant des boyaux pleins, anastomosés en traînées irrégulières comme dans l'épithélioma tubulé.

Plus fréquemment, les tubes excréteurs paraissent découpés et ramifiés; on peut suivre parfois fort loin leurs branchements successifs, qui aboutissent à des prolongements en forme de doigts de gant, de forme et de dimensions variables selon le hasard de la coupe, dessinant ainsi des figures arborescentes assez compliquées. Les bourgeonnements ainsi formés proéminent tantôt dans une lumière, ou bien subissent un retrait du fait des pressions avoisinantes, à ce point qu'il est difficile de dire s'il s'agit d'une digitation canaliculaire ou d'un bourgeonnement de l'acinus proliféré. A un faible grossissement, on se rend mieux compte de la part qui revient à chacun de ces éléments constitutifs. Les canalicules sont envahis pour leur propre compte par des amas graisseux et par des cellules épithéliales.

Le tissu conjonctif entoure ces diverses formations acineuses festonnées d'un enveloppe fibreuse peu dense, et affecte une disposition géométrique assez régulière. Il est peu hyperplasié, sauf en certains points où les bandelettes conjonctives acquièrent une certaine épaisseur, notamment à la périphérie et autour des canalicules. Il se colore assez bien au picrocarmin, et montre des fibrilles mal isolées, jeunes, presque amorphes, possédant des noyaux sans caractères particuliers. Les travées ainsi formées, dépourvues de vaisseaux nettement visibles, sont régulières; leur entrecroisement enlace les éléments parenchymateux sans les étouffer et respecte leur orientation et leur texture.

La tumeur n'était pas ulcérée. La peau qui la recouvre

avait seulement subi une atrophie progressive qui l'avait totalement modifiée; c'était plutôt une croûte noirâtre desséchée, sans apparence de texture normale, tapisant la totalité de l'excroissance et particulièrement son sommet, difficile à arracher. Des irritations répétées y avaient fait apparaître des phénomènes d'inflammation et de suintement séro-purulent superficiel, sans relation directe avec la masse néoplasique.

Le pédicule, épais, large, était de nature conjonctive, peu vascularisé, ne contractait pas d'adhérences intimes avec le tissu cellulaire sous-jacent, et n'envoyait pas de prolongements dans la profondeur. La peau avoisinant la base du pédicule était quelque peu enflammée et indurée. Cette même réaction se constatait dans quelques ganglions de l'aisselle gauche, qui étaient petits, durs, mobiles, non douloureux. Ces ganglions, qui n'ont pas été extirpés, n'ont pu être examinés au microscope.



EPITHÉLIOMA SÉBACÉ (Obs. I)

CHAPITRE II

Diagnostic

L'épithéliome sébacé que nous avons observé est donc une forme très particulière et diffère singulièrement des types connus d'épithéliomas cutanés. L'étude de ces derniers démontre une confusion extrême, les contradictions qui règnent en dermatologie, et la nécessité d'adopter un plan basé sur l'anatomie pathologique.

La forme pédiculée de l'épithélioma semble *à priori* écarter l'idée d'une production maligne. Aussi importe-t-il de passer en revue les principales tumeurs verruqueuses avec lesquelles on pourrait le confondre.

Verrue des bovidés. — L'aspect macroscopique de notre tumeur permet des rapprochements cliniques étroits avec l'affection connue des vétérinaires sous le nom de *verruë des bovidés* (1) et même les inflamma-

(1) *Recueil méd. vétérin.*, Lyon 1889, p. 67.

Journal méd. vétérin. et zootechnie, Lyon, 31 août 1900.

tions chroniques qui accompagnent le *crapaud* et les *eaux-aux-jambes*. En réalité, ces excroissances plus ou moins saillantes à la surface de la peau (*Recueil 1851*) sont des papillomes villeux, absolument bénins et superficiels, multiples et probablement de nature infectieuse. Leur forme est globuleuse, leur base rétrécie. Il est possible de les diviser perpendiculairement à la surface de la peau en prismes comprenant chacun une papille. Leur aspect général rappelle assez bien celui du chou-fleur. A la coupe, on aperçoit un point central vasculaire, alentour une zone rosée de tissu conjonctif jeune, offrant des cellules allongées fusiformes avec de gros noyaux. Une épaisse couche de cellules épithéliales les recouvre. *Aussi, les avait-on pris pour des épithéliomes papillaires*. Ils persistent un certain temps, et auraient tendance à la guérison spontanée par un mécanisme étudié par Ercolani d'*angioïte oblitérante* (1). Leur étiologie ne les distingue pas moins de la tumeur humaine que l'anatomie pathologique. Elles apparaissent chez des animaux jeunes, principalement chez les bovins, et les causes qui déterminent leur apparition et leur développement sont mal connues : on a invoqué les traumatismes répétés, l'ingestion de plantes irritantes ; Hertwig et Héring accusent une *diathèse papillomateuse*, se basant sur leur multiplicité et sur l'action du traitement interne à la magnésie calcinée. C'est déjà l'opinion que soutenait Guy de Chauliac quand il attribuait la verrue de l'homme à des « humeurs mélancholiques et phlegmatiques. » Cet

(1) Vigezzi. — *Resoconto della Università di Parma*, 1888.

état particulier de l'organisme serait une altération du sang comparable à la diathèse arthritique ou cancéreuse, puisque la magnésie calcinée produit des effets salutaires chez les rhumatisants (1). Cependant cette façon de voir est loin d'être généralement partagée. Le siège des verrues, leur auto-inoculabilité manifeste et leur multiplicité faisaient admettre depuis longtemps leur nature contagieuse. Dès 1871, Richter (2) publiait une observation de verrues de l'homme, et déclarait avoir rencontré entre la substance corticale et la périphérie des microcoques qui étaient sans doute les agents de la contagion. Majocchi (3) n'a donc fait que confirmer ces présomptions en prouvant l'existence de parasites au sein de ces tumeurs (1881). Il décrit le *bacterium porri*, schyzomycète spécial qu'il aurait observé au microscope et cultivé. Piassa démontre sur lui-même l'inoculabilité des produits pris sur la génisse, et Vachetta la contagiosité de bovidé à bovidé.

Mais d'autres auteurs ont refusé toute spécificité à ces parasites et toute authenticité aux expériences de l'Ecole italienne. D'ailleurs, les analyses bactériologiques étaient contradictoires : Babès, en effet (4), rapporte, sans en tirer de conclusions fermes, la description de deux verrues, où l'analyse lui permit d'isoler des microcoques fortement colorables par les couleurs

(1) Trasbot, *cours d'Alfort*, 1889-90, p. 80.

(2) *Zeitsch. für Parasitenkunde*.

(3) *La Veterinaria* (août-sept. 81).

Tomasi-Crudeli (*Anat. pathol.* 1882).

Raillet, *Arch. vétérinaires* (10 février 82).

(4) *Journal de l'anat. et physiologie*, 1884, p. 66.

d'aniline, d'un diamètre, variant entre 0, 4 et 0, 5 μ , figurant des diplococci, des sarcines ou des chapelets. Kühnemann (1), de son côté, admet comme origine de cette « parakératose » du papillome (il nie, en effet, l'hypérakantose d'Auspitz), une irritation du stratum dentelé, entraînant consécutivement l'hyperhémie dermique, avec excès de nutrition. Et cette irritation, il l'attribue (2) à des bacilles longs de 1 μ à 1, 5, fréquents dans les verrues jeunes, localisés dans le stratum dentelé et dans les espaces lymphatiques. L'inoculation à la crête du coq aurait fait apparaître, en quinze jours, des excroissances verdâtres typiques (3), mais n'aurait pu être démontrée sur l'homme. — De toutes ces descriptions, il ne reste rien de probant, au sujet de la spécificité du contag (4).

Si nous avons tant insisté sur l'exposé de cette affection particulière à la race bovine, c'est donc en vertu de sa ressemblance clinique avec la tumeur humaine, c'est que la profession du malade permettait d'accuser un contag transmis par des bovins, c'est enfin que la tumeur recueillie dans le service de M. le professeur Poncet avait, elle aussi, fourni des cultures microbiennes qui paraissaient avoir des réactions spéciales. M. Leblanc, chef de clinique de M. le professeur Mathis, a bien voulu expérimenter l'inoculation sur la vache, dans

(1) *Monatsch. für Dermatol.*, VII, n° 8. — *The british Journal of Dermat.*, I, 2, 89.

(2) *Monatsheft für prakt. Dermatol.*, IX, p. 17.

(3) Schweninger, Congrès d'Heidelberg (1889).

(4) Ricerche batteriol. sulla verruca volgare (*Giornale italiano della malattie veneree e della pelle*), 1898, p. 385.

l'espoir de vérifier cette hypothèse possible d'une contagion du malade par le *bacterium porri*. Ses essais par grattage, dénudation, scarification de l'épiderme, demeurèrent négatifs (1). Pour toutes ces raisons, nous avons abandonné toute assimilation. La verrue des bovins est une maladie des animaux jeunes, inoculable, parasitaire et contagieuse, qui se distingue totalement des productions néoplasiques. C'est un *papillome infectieux*, occasionné par une irritation du derme, de nature septique ou virulente, au même titre que la tuberculose et la syphilis, la trichinose (Bard), l'actinomyose, la botryomyose (Poncet), le farcin, la lèpre, le mycosis fongoïde (Auspitz), le rhinosclérome (Dor), etc. Plusieurs de ces affections sont difficiles à diagnostiquer dans certains cas : leurs formes ulcéreuses, aussi bien que végétantes et papillaires, et imposent parfois pour un cancer. Mais la dermatologie les connaît d'autant mieux que l'expérimentation les a plus nettement différenciées. L'étude plus minutieuse de ces productions néoplasiques démontre, de jour en jour, la nécessité de distraire de l'étude des tumeurs vraies ces diverses inflammations spécifiques.

Verrues. — Chez l'homme, nombreuses sont les excroissances verruqueuses de nature et de gravité distinctes, et leur diagnostic clinique est des plus difficiles. On les confondait autrefois sous la dénomination

(1) Quant à l'inoculation sur l'homme, outre qu'elle aurait vraisemblablement donné des résultats négatifs, nous ne nous sommes pas cru autorisé à tenter de semblables expériences qui, pour être bénignes, n'en constituent pas moins des tentatives que la prudence interdit et que la morale réprouve.

générale de *verru*e (1). Les auteurs anciens comprenaient sous ce nom une foule d'affections congénitales ou néoplasiques, cancroïdes, « tumeurs fibreuses », sarcomes pédiculés, épithéliomes, papillomes génitaux... Lafosse (2) les appelait *poireaux* ou *fics*. Hurtrel d'Arboval (3) *verru*es, *choux-fleurs* ou *crêtes de coq*. Virchow et Heurtaux en faisaient des fibromes. Forster les considère comme des angiomes.

Il n'y a pas de confusion possible avec les verrues de petit volume, telle que la *verru*e *cicéronienne* : « Ce sont, disent les auteurs du *Compendium*, des excroissances de la peau, pleines, dures, d'un aspect calleux à surface lisse ou granulée, dépassant le niveau de cette membrane de quelques millimètres et insensibles par elles-mêmes. » Elle est congénitale, pigmentée, parfois recouverte de poils. Et cependant, les auteurs la décrivent à côté de formes très différentes : c'est ainsi que Cullerier (*loc. cit.*) rapproche en un même cadre la *verru*e *diathésique* des mains et de la face, le *poireau* *ordinaire* (?) et le *poireau* *vénérien*, qu'il distingue des excroissances des organes génitaux, *fics*, *condylomes* de nature syphilitique.

Les auteurs modernes (4) décrivent en regard les *verru*es *juvénile* et *sénile*.

En réalité, chez l'enfant, la verrue dite de croissance, petite, surélevée, grise, ayant pour siège de prédilec-

(1) Articles de Cullerier in *Dict. encyclop. sc. méd.* 1820. — Art. de Heurtaux in *Dict. méd. chir. prat.*, 1886.

(2) *Dict. hipp.*, Paris, 1775, p. 582.

(3) *Dict.*, Bruxelles, 1827, III, 619.

(4) Brocq et Jacquet. *Précis de Dermatologie*. — Donat, Thèse, Paris, 1900.

tion la région palmaire et les doigts, est contagieuse, ainsi que le croit le vulgaire, auto-inoculable et probablement infectieuse (Kühnemann, Variot, Payne, Majocchi) (1). C'est donc une affection comparable à la verrue des bovidés. On y a d'ailleurs décrit des parasites (*coccidies* de Ducrey et Oro, *bacille* de Kühnemann) (2). Mais la même incertitude règne au sujet de spécificité de l'agent pathogène provocateur. Il serait intéressant de rechercher quelle parenté il affecte vis-à-vis de l'agent infectieux de la verrue bovine. Quoiqu'il en soit, elle diffère essentiellement de la verrue congénitale dont nous tracerons plus loin les caractères et la parenté.

Chez l'adulte, les productions verruqueuses atteignent en général un volume plus considérable, et la confusion est plus difficile à éviter. La verrue grise devient très rare, ou change d'aspect en même temps que de nature : on a affaire à de simples *nappes hyperkératosiques*, d'origine externe, fréquentes chez les tonneliers, cordiers, laveurs de vaisselle. La récidive après ablation relève soit de sa nature parasitaire, soit plutôt de la persistance de sa cause occasionnelle. Mais on rencontre fréquemment la *verrue papilliforme* (3) ou papillome infectieux, non syphilitique, mais contagieuse (Cadéac et Dor), occasionnée par le contact de liquides irritants, blennorrhagiques ou leucorrhéiques. Ce sont les fics et choux-fleurs des anciens auteurs. Ils sont le plus souvent muqueux et se distinguent aisé-

(1) Fait de Cruveilhier cité par Cullerier (*loc. cit.* tome XLIII, p. 514).

(2) Mracek-Hudelo. *Atlas Manuel des maladies de la peau*, 1900, p. 146.

(3) Weil. *Viertelj. für Dermat und syphil.* heft 1, p. 37.

Kaposi. *Pathol. und Thérap. der Hautkrankheiten.*

ment par leur aspect, leur siège et leur consistance des productions épidermiques. Il s'agit d'une fermentation conjonctive dermique (Bard).

Sur les muqueuses également, s'observent des productions végétantes que le microscope permettra de reconnaître, à défaut de présomptions cliniques suffisamment tranchées. Nous voulons parler des tumeurs bénignes considérées par Cornil et Ranvier (1) comme des *adéno-papillomes*, de nature mixte, et dont l'étiologie est mal connue. Tels sont les *papillomes du rectum*, des *fosses nasales*, de la *voûte palatine*, du *larynx*, de la *trompe de Fallope* (2).

Au contraire, les productions papillomateuses du tégument externe sont extrêmement dissemblables par leur nature ; ce sont des formes cliniques, des manières d'être susceptibles de masquer la lésion fondamentale ; l'excroissance verruqueuse, sessile ou pédiculée, ulcérée ou intacte, relève de processus primordiaux qui lui servent de substratum, et dont elle n'est qu'une variété particulière. La *tuberculose* (3), la *syphilis*, la *botryomycose*, l'*ulcère variqueux* lui-même, peuvent s'offrir sous cet aspect. Le diagnostic devient d'une grande difficulté avec l'épithéliome : l'âge, les antécédents du malade, et l'examen local, devront parfois se compléter par l'examen microscopique, ou par le critérium du traitement spécifique.

(1) *Traité d'Anat. path.*, p. 63

(2) Thèse Macrez, Paris, 1899.

(3) Tuberculosis verruca cutis. Maseck (*Liecnicki viestnik*, 1900, XVII, 167).

Enfin, chez le vieillard, la verrue le plus souvent observée présente un aspect particulier connu sous le nom de *crasse*, siége à la face, aux régions antérieure et postérieure du tronc. C'est la *verrue séborrhéique ou acné sébacée partielle concrète* que les dermatologistes considèrent comme un papillome : elle est plan-acuminée, de coloration jaune verdâtre ou brun sale, dégénérant volontiers en épithélioma ; nous la retrouverons avec les kératoses précancéreuses.

Tumeurs conjonctives. — De même que les lésions spécifiques, les tumeurs conjonctives bénignes sont susceptibles de se pédiculiser. Tels sont le *lipome*, le *fibrome* (*molluscum pendulum*), le *myxome*, le *sarcome*, récemment observé encore à la clinique de M. le professeur Poncet. Ces tumeurs sont connues, mais le clinicien pourra éprouver quelque hésitation à les distinguer de l'épithéliome végétant non ulcéré.

Le *myome cutané*, étudié dans la thèse de Chevallier (Lyon, nov. 1900) et le *sarcome pédiculé* présentent, en effet, des allures cliniques fort analogues à celles de l'épithéliome pédiculé bénin, surtout quand l'état général n'est pas attaqué et que le système ganglionnaire est intact. Ces tumeurs de la peau, dont le pronostic est très variable selon les cas, sont fort heureusement opérables, et le diagnostic pourra toujours être fixé après l'opération par l'examen microscopique.

Verrue diathésique et nævi. — Si nous croyons devoir nous occuper de la verrue congénitale, c'est pour l'opposer à la verrue grise contagieuse, pour fixer sa

place dans le cadre nosologique, établir la parenté des tumeurs de la peau : nous y arriverons par une échelle de gradation et nous signalerons la possibilité d'une dégénérescence maligne de la part des affections cutanées les plus insignifiantes et les moins intéressantes en apparence.

La verrue congénitale est considérée à l'heure actuelle comme un *nævus verruqueux et pigmentaire*. Pringle (1) le premier a bien montré l'origine et la parenté de cette affection, et insisté sur l'association fréquente des lésions dégénératrices ou nævoïdes telles que les verrues, le molluscum, les nævi et les dystrophies pigmentaires, de telle sorte qu'on doit penser à une origine commune.

Hallopeau (2) dans une revue d'ensemble des nævi, a repris cette idée, et dans son Traité de Dermatologie il classe « toutes les néoplasies d'origine embryonnaire, susceptibles d'atteindre tous les éléments constitutifs de la peau. » Nous ne saurions sans sortir de notre cadre commenter cette classification, qui a le mérite de mettre en évidence la nature de certaines productions cutanées qui diffèrent également des lésions inflammatoires et des tumeurs. La rubrique de *nævi* sous laquelle il les range s'inspire de la théorie des inclusions de Pollitzer (3). Et cependant il s'agit de productions en apparence très dissemblables, *adénomes de la face*, *hydradénomes*, *hyperkératoses*, *ichthyoses*, *lymphangiomes*,

(1) J.J. Pringle. A case of congenital Adenoma (*Brit. Journal of Dermatol.*, 1890). — *Monatsch. für prakt. Dermatol.*, X, n° 5. — *Annales de Dermatol.*, 1895, page 476.

(2) *Progrès médical*, 1891, p. 17. — *Traité de Dermat.*, p. 140.

(3) *Monatsch. für prakt. Dermatol.*, XI, n° 4. — St-Louis, 1900, IV, 116.

verruës planes, molluscum fibreux, verruës séborrhéiques séniles. Il en est qui semblent en imposer pour des tumeurs, qui sont parfois l'origine de néoplasies, et qui sont des plus intéressantes. Tel l'*adénome sébacé*, étudié par Barlow (1) qui en distingue deux espèces :

A) *L'adénome sébacé de Balzer* (2), affection rare, caractérisée par une hypertrophie épithéliale de la glande sébacée, au sein d'un stroma conjonctif commun à tous les adénomes, encapsulée, présentant souvent la dégénérescence hyaline des vaisseaux et du tissu conjonctif, d'où le nom de *cylindrome* qui lui a été donné. Ce sont de petites tumeurs hémisphériques, ombiliquées, de coloration rosée ou brunâtre, parfois télangiectasiques, (Balzer, Ménétrier, Grandhomme). Ils peuvent frapper la glande indépendamment de tout processus athéromateux (loupe), subir une calcification ou une ossification consécutives, ou la dégénérescence épithéliomateuse.

B) Les autres cas de Caspary, Pringle, Croker, Taylor, Barendt, ne sont pour Barlow que des *nævi vasculaires* avec hyperplasie des glandes sébacées.

C'est donc à tort que Hallopeau (3) rejette l'authenticité des adénomes de Balzer. Il s'agit bien de tumeurs bénignes, premier stade de l'épithéliome, comme l'a signalé Darier (4). Les autres formes sont des *nævi vascu-*

(1) *Deutsch. Arch. für Klin. medicin*, 1895, tome LV. — *Annales Dermatol.*, 1896, p. 224.

(2) *Arch. Physiologie*. 3^{me} série, tome III, page 564-576, pl. XV.

(3) *Ann. Dermatol.*, 1895, p. 478.

(4) Darier. *Arch. médéc. expérimentale*, 1889.

lares verruqueux où l'importance relative des éléments vasculaires ou dermiques, intervient seule pour créer des variétés distinctes, sans différenciation d'origine, puisqu'il s'agit de dystrophies congénitales, fréquemment accompagnées de stigmates physiques et de dégénérescence mentale. Ils sont d'ailleurs *tantôt glandulaires* (type Balzer), symétriques dans les sillons nasogéniens (sur le trajet des lignes nerveuses de Voigt, théorie neuropathique de Philippson) (1) *tantôt vasculaires* (*nævi télangiectasiques* de Darier-Pringle) tantôt enfin *fibreux* (type Hallopeau-Leredde).

Cellulomes épithéliaux. — Quelle que soit leur origine, il sera toujours facile de distinguer ces tumeurs, appelées *nævi épithéliaux kystiques* (Besnier), *hydradénome éruptif* de Darier-Jacquet (2), *épithéliome kystique bénin*, *cystadénome bénin épithélial*, *adénomes sudoripares ou syringocystadénomes* de Perry (3)... Il est remarquable que certains dermatologistes les considèrent comme de simples perversions du développement de la glande sudoripare (Torök) (4), d'autres comme des néoplasies susceptibles d'acquérir la malignité de l'épithélioma typique. (Quinquaud (5), Hallopeau (6). Pour nous, il existe tous les degrés de transition possibles.

(1) *Monat. für prakt. Dermatol.*, XI n° 1.

(2) *Annales dermatol.*, 1887, VIII, 317. Congrès intern. dermat. 1889.

(3) Paviot. *Histol. pathol. des tumeurs sudoripares næviformes* (*Lyon médical*, 1900, XCIII. 157). Delore, *id.* XCIV, p. 20-22.

(4) *Syringocystadénome* (*Monats. für prakt. Dermat.*, 1889).

(5) *Cellulome éruptif* (Congrès internat. dermatol., Paris, 1889).

(6) *Soc. franç. de dermatol. et syphil.*, 1890.

Fabre-Domergue (*Cancers épithéliaux*, p. 250) fait rentrer l'adénome

Epithélioma sudoripare. — Avec l'épithélioma typique sudoripare, nous quittons le terrain de la dermatologie, et le diagnostic devient plus difficile, car nous sommes en présence de néoplasmes volumineux et souvent ulcérés de la peau.

Verneuil en a fait une étude remarquable dans les *Archives de médecine* (1), où il distingue avec soin les *hypertrophies kystiques localisées et généralisées*, et les tumeurs ulcérées de la peau ayant pour point de départ les glandes sudoripares hypertrophiées. Il s'élève contre la dénomination générale de *cancroïde* et établit l'identité des tumeurs épithéliales glandulaires à type sudoripare qu'on peut confondre, dit-il, avec les verrues ou les hygromas accidentels. Il discernait déjà leur étiologie et la possibilité de transitions progressives entre l'hypertrophie simple et l'épithélioma, et disait avec une véritable intuition : « Je devrais essayer un nouveau parallèle entre le cancer et ces affections hypertrophiques de la peau ; puis je chercherais à distinguer entre elles les tumeurs papillaires, *épidermiques, glandulaires (sudoripares ou sébacées)*, les hypertrophies circonscrites du derme, les variétés de *nævi* et de verrues, etc. »

Histologiquement, l'épithélioma sudoripare est rattaché soit au genre épithélioma tubulé des auteurs modernes, à côté desquels on décrit le *cy lindrome* de

sudoripare dans la classe des *Euthéliomes glandulaires*, et signale les transitions morphologiques et cliniques de ces tumeurs jusqu'à l'épithéliome et au carcinome, suivant les modalités de la cytodièrese et de l'orientation cellulaire.

(1) 5^e série, tome IV, année 1854, p. 450. — Darier. *Arch. méd. expérim.*, 1889, p. 115 et 267. — Colin, Thèse, Paris, 1900.

Billroth et les polyadénomes de Broca, soit à l'épithélioma lobulé. Ces types sont trop connus pour avoir à les décrire ici : on les a édifiés d'après l'aspect du tube plein ou creux, du globe ou du lobule, sans chercher à discerner l'élément primitivement altéré, comme si Bard n'avait pas démontré qu'un épithélioma procède toujours d'une cellule épithéliale différenciée et spécifique et demeure toujours semblable à lui-même (1). Nous reprendrons cette question quand nous ferons un schéma général du cancer cutané basé sur l'anatomie pathologique, mais nous pouvons affirmer d'ores et déjà que souvent le microscope sera nécessaire pour faire le diagnostic, qu'il s'agisse d'un cancer profond et ulcéreux ou pédiculé.

Type sébacé

Nous n'avons donc rencontré jusqu'ici aucune production cutanée à laquelle puisse se rattacher la tumeur que nous avons observée. Il nous faut maintenant parcourir la pathologie des glandes sébacées (2).

Les processus morbides qui atteignent leur fonctionnalité, *les troubles de la sécrétion*, sont du domaine de la dermatologie (3). A des lésions mécaniques ou diathésiques (*acné*), il se joint la plupart du temps des processus infectieux et inflammatoires (bacille d'Unna). Nous

(1) *Arch. Physiologie*, VI, 1885, p. 498.

(2) Thèse Misset, Paris, 1872.

(3) Hallopeau et Leredde. *Loc. cit.*, p. 77 et 802.

n'avons donc pas à nous occuper du *milium de Plenck* ou *colloïdplasma de Besnier*, facile, d'ailleurs, à reconnaître.

Molluscum contagiosum ou ecdermoptosis d'Huguier.— *Le molluscum contagiosum de Bateman* est une tumeur hémisphérique, ombiliquée, d'où le nom d'*acné varioliforme* que lui donnait Bazin, généralisée dans un cas de Kaposi, et pouvant atteindre le volume d'une noix ou d'une pomme. Le professeur Renaut (1) y reconnaît une dégénérescence des glandes sébacées, qui évolueraient vers le type épidermique. Neisser (2) en fait un épithélioma, mais il n'en présente nullement les caractères. Il nous a paru affecter une parenté étroite avec l'adénome de Balzer, présenter comme lui une forme ombiliquée et renfermer des corpuscules caractéristiques de la fonte colloïde, qu'on avait pris pour des psorospermies. D'autres en font en effet une lésion microbienne, et Bard le rattache à une fermentation spéciale des éléments épidermiques.

Xanthome ou molluscum sébacé (Wilson). — Le *xanthome*, sur la nature duquel on discute à l'heure actuelle, est une tumeur rare, habituellement plane (3) (xanthome papuleux ou tubéreux), parfois liée à des altérations du foie et d'autres organes (xanthome diabétique), mais qui peut présenter une forme végétante, ou

(1) *Archives dermatol.*, 1880.

(2) *Viertelj. für Dermatol.*, 1888.

(3) Besnier-Doyon, notes de Kaposi.

molluscoïde (1). De nouvelles recherches seraient nécessaires, car il s'agit, suivant Touton (2), de tumeurs épithélioïdes des glandes sébacées.

Cas de Rindfleisch. — Nous signalerons enfin une description de Rindfleisch (3) concernant un cas d'hypertrophie des glandes sébacées, ayant le volume d'un œuf de pigeon et siégeant sur le cuir chevelu. La coupe rappelait la structure de la glande normale, mais on y rencontrait des cellules épithéliales petites et globuleuses. S'agissait-il d'un néoplasme? La description de Rindfleisch ne permet pas de l'affirmer.

Loupe. — La tumeur la mieux connue des glandes sébacées est la *loupe* (4) ou *tanne*. Bard la considère comme une fermentation virulente, aboutissant à la désintégration cellulaire en amas mellicériques ou stéatomateux. On ne saurait, en effet, la considérer comme une dilatation kystique d'une glande oblitérée, car la physiologie nous apprend que l'atrophie est la conséquence d'une telle altération; c'est une formation hypertrophique de culs-de-sacs nouveaux, un *véritable adénome*, ce que prouvent l'hypertrophie de la paroi qui s'observe dans certains cas, l'aspect lobulé du kyste et sa dégénérescence possible.

(1) Xanthome en tumeurs. Carry (*Ann. dermat.*, 1880, p. 75.

(2) *Viertelj. für Dermatol. und. Syphil.*, 1885, p. 3.

(3) *Traité d'Anat. path.* p. 378,

(4) Article de Tripier, in *Dict. encyclop. de Sciences médicales*, 1870.

Transformation maligne des kystes sébacé. — Épithélioma sébacé.— Cette question, pour être connue depuis longtemps, n'en est pas moins obscure. L'étude qu'en a faite Poret (1) nous a paru sujette à contestation, pour n'avoir pas nettement discerné les types morbides, leur point d'origine et leur pathogénie. Sous le titre général de *dégénérescence épithéliomateuse des loupes*, il a décrit des lésions très distinctes, le cas de l'homme aux tumeurs confluentes du cuir chevelu (2), l'épithélioma greffé sur une loupe préexistante, le cancroïde cutané greffé sur la peau d'une loupe, les lésions inflammatoires, etc. Il a négligé de confirmer au microscope les données cliniques. Aussi, sans avoir vérifié le point de départ des dégénérescences qu'il a observées, les a-t-il englobées sous le terme univoque d'épithélioma sébacé.

Or, une loupe peut être frappée de complications inflammatoires banales aboutissant à l'ulcération, comme elle peut être le point de départ de productions cornées ; elle peut également être le siège d'une néoplasie cutanée *cancroïdale*, quelle que soit sa forme et sa nature, au même titre qu'une lésion quelconque de la peau, lupus, syphilide, cicatrice. Elle peut donner lieu à une transformation spéciale qui d'un adénome aboutit sous des influences mal connues à la fermentation épithéliale, fait sur lequel nous ont édifié les théories modernes de Fabre-Domergue (3). Enfin présenter un processus de dégénérescence spécial dite

(1) Poret, Thèse, Lyon, 1893.

(2) *Revue de chirurgie*, 1890, p. 244.

(3) *Loc. cit.* page 225. — Delbet, Art. Tumeurs du sein in *Traité de Chirurgie* de Le Dentu et Delbet.

colloïde. M. le professeur Poncet en a fait une étude remarquable dans la *Revue de Chirurgie* (1). Analysées par Audry et Bard, les préparations ont montré qu'il s'agissait probablement d'une dégénérescence connue sous le nom de *cylindrome* de Billroth, ou *tumeur bétéradénique à corps oviformes* de Robin, étudiée par Malassez (2). La coupe est homogène, de consistance charnue, sans points particulièrement ramollis ou indurés. La tumeur est enkystée, recouverte de peau normale, non ulcérée. L'examen que nous avons fait des pièces nous permet d'affirmer qu'il ne s'agit nullement d'une lésion épithéliomateuse. M. le docteur Dor estime que les dégénérescence frappe la totalité de l'appareil pilo-sébacé (pilome). Elle aboutit à la fonte colloïde caractéristique dans l'espèce. Les tumeurs étaient multiples, enflammées, non récidivantes, et le traitement chirurgical leur fut appliqué avec tout le succès désirable.

La malignité de ces formes est très variable, ainsi que leur aspect clinique : dans le cas de l'homme aux tumeurs confluentes du cuir chevelu, il s'agit vraisemblablement d'un processus spécial, qui donne à cette variété de loupes dégénérées une physionomie spéciale. Elles peuvent, en effet, s'accroître d'une manière incessante et progressive, mais sans qu'il soit permis cependant de méconnaître la lésion primordiale. La capsule du kyste, distendue à l'extrême, finit par se perforer à

(1) 1890 page 244. L'homme aux tumeurs confluentes du cuir chevelu. *Société des sciences médicales* (7 janvier 1892).

(2) Malassez. *Arch. physiol.* 1883, pp. 123-159.

la longue, en même temps que la peau qui la recouvre subit des altérations variables pour son propre compte : il en résulte de véritables ulcères qui laissent s'écouler des produits de désintégration et de sécrétion sébacées, et le diagnostic devient d'une grande difficulté avec le cancroïde cutané. C'est la marche de l'affection qui doit guider dans l'énoncé du pronostic, et malgré les lésions qu'elle provoque du côté de la peau, on doit leur attribuer une malignité locale à coup sûr différente du cancroïde primitivement développé dans la peau elle-même.

Il s'agit bien d'un épithélioma, ainsi que l'a montré Bard, affectant une disposition lobulée à tendance généralement arrondie, sans traînées cylindriques ni de tubes creux. En résumé, il s'agit d'une tumeur constituée par des cellules épithéliales sébacées embryonnaires, et qui, par ses caractères anatomiques, doit être considérée comme une tumeur intermédiaire. La tendance à la malignité s'accuse par l'intensité de la prolifération cellulaire dont elle est le siège ; mais la persistance d'une bénignité notable s'affirme par la netteté et l'abondance de l'évolution sébacée et en second lieu par la netteté des limites périphériques de chaque lobule.

Cet épithélioma provient, comme l'a montré M. le professeur Poncet, du bourgeonnement intrakystique de la paroi.

Ce cancroïde intrakystique, ayant l'apparence d'un chou-fleur, peut être soupçonné, d'après certains caractères cliniques qui permettent de remonter à sa formation primitive, même lorsque la tumeur a subi des altérations secondaires qui modifient l'aspect véritable. La marche de l'affection permettra de discerner sa

nature, pour peu qu'on ait affaire à un malade disposé à s'observer avec soin : le kyste devient dur et un peu douloureux, on trouve quelques ganglions qui trahissent la transformation épithéliomateuse ou dépendent de l'ulcération de la masse. Cette ulcération nécessite une opération hâtive et radicale. Dans les cas de néoplasmes sébacés intracapsulaires, secondaires à un kyste, l'opération donne d'excellents résultats, et doit s'efforcer, pour éviter la récurrence sur place ou à distance, d'agir sur la totalité de la tumeur, circonscrire l'ancienne loupe et l'extirper, l'énucléer en quelque sorte des tissus environnants, avant que ceux-ci n'aient subi l'envahissement néoplasique toujours possible consécutivement à l'ulcération de la poche.

Tout autre est le cas des malades qui présentent une tumeur cancréomateuse greffée sur la peau d'une loupe. Ces faits se présentent fréquemment chez les vieillards, mais il n'est pas prouvé qu'il s'agisse ici de tumeurs sébacées. Une loupe, ainsi que nous l'avons vu, peut offrir des phénomènes d'inflammation banale ; son contenu, qui est habituellement inodore, peut varier et subir des transformations inattendues, huileuse, séreuse, hémorragique, avec calcification de la paroi. De même, la peau qui les recouvre peut subir une dégénérescence cancréomateuse se rapportant à des types épithéliaux qui n'ont aucune parenté et aucun rapport avec la néoplasie primitive. M. le professeur Poncet a observé un cas de ce genre chez une vieille femme qui, à la suite d'un coup sur un kyste sébacé du cuir chevelu, du volume d'un gros marron, présentait à son niveau un cancréome cutané des dimensions d'une pièce de deux francs.

L'opération montra qu'au-dessous se trouvait un kyste à paroi épaissie, calcifiée en certains points et dont le contenu présentait également des transformations dues à son ancienneté, mais qui n'avaient subi aucune transformation épithéliomateuse. Le kyste, en distendant la peau, en provoquant dans le derme et l'épiderme des troubles de la nutrition plus ou moins marqués, avait probablement joué le rôle de cause occasionnelle ; mais il n'avait pas, comme dans les cas d'envahissement par propagation, infecté le revêtement cutané par continuité et par ensemencement progressif. Nous en avons observé nous-même un cas des plus évidents chez une femme du service de M. le professeur Pollosson, laquelle présentait depuis longtemps de nombreux kystes sébacés du cuir chevelu ; elle fit un jour une chute sur la tête et l'un d'eux se mit à végéter : l'opération, qui fut faite à temps et paraît avoir donné d'excellents résultats, montra que le kyste sous-jacent n'avait rien perdu de son individualité.

L'épithélioma sébacé vrai (Obs. III) peut être secondaire à un kyste, ou primitif, c'est-à-dire frapper des éléments glandulaires non adénomateux, et c'est alors qu'on peut affirmer plus aisément sa nature et son authenticité. Bard (1) isole l'individualité de ce type, comme il le fait pour l'épithélioma sudoripare et malpighien. Il signale la possibilité d'une fonte graisseuse au centre de cylindres épithéliaux, sous forme de masses claires qui remplacent les globes cornés du type pavimenteux : « On en fait, dit-il, un épithéliome

(1) *Précis d'An. Path.*, p. 49.

à dégénérescence graisseuse, ou un épithéliome tubulé, une tumeur à corps oviformes (cylindrome). » Nous avons déjà dit que cette dernière dénomination était insuffisante et sans fondement.

Lorsqu'il est secondaire à un kyste, la coupe permet de reconnaître la lésion adénomateuse primitive, il ressemble à un gâteau de riz, ou à du marc de raisin comprimé, dont les grains, détachés, possèdent une paroi d'enkystement témoin de la dislocation des acini. Il en existe de très nombreuses observations, que nous n'avons pas cru nécessaire de rapporter (V. thèse Poret) et parfois il entraîne une terminaison fatale par généralisation.

Sa forme pédiculée. — Nous l'avons suffisamment décrit, mais nous insistons sur la *forme pédiculée* que les auteurs ne semblent pas avoir observée, comme pour l'épithélioma sudoripare de Verneuil, et dont l'aspect microscopique se distingue quelque peu des formes étalées de Bard, lesquelles ont toujours été confondues avec l'épithélioma dit tubulé, avec le cancroïde de la peau. Verneuil (1) reconnaissait déjà la difficulté de rapporter telle néoplasie cutanée à l'élément anatomique proliféré ; c'est chose relativement facile dans les formes verruqueuses, par ce fait que l'élément considéré se multiplie au sein de la masse à l'état de pureté presque absolue.

Il n'est pas habituel, nous le reconnaissons, d'observer l'état pédiculé des tumeurs épithéliales, et le plus sou-

(1) *Loc. cit.*, tome III, série V, p. 560.

vent, qu'il s'agisse de cancers à point de départ tégumentaire ou glandulaire, le néoplasme affecte une tendance marquée à proliférer en surface ou en profondeur. Mais nous ne saurions admettre l'idée qu'une tumeur glandulaire est nécessairement vouée à s'accroître profondément, détruisant et ulcérant les tissus sur son passage, et que plus un cancer est profond, moins il a de tendance à l'ulcération. Presque toutes les tumeurs bénignes glandulaires ont au contraire une tendance marquée à se pédiculiser. C'est le fait des formations adénomateuses et kystiques.

Quant aux tumeurs épithéliales vraies de la peau (1), depuis longtemps on connaît leur forme verruqueuse, sans que jamais on ait cru devoir en faire une description spéciale et les isoler cliniquement. Nous avons énuméré plus haut les principales formes qui sont susceptibles de se présenter sous cet aspect, et nous avons vu que les différents types de tumeur de la peau, que ce soient les cancers tégumentaires, ou glandulaires, au lieu de s'étaler en surface, peuvent bourgeonner, et se présenter sous une forme qui en rend le diagnostic difficile avec les tumeurs congénitales, les néoplasies inflammatoires et spécifiques, ainsi qu'avec les tumeurs conjonctives.

Verneuil, Cornil et Ranvier ont étudié, en détail, l'épithélioma sudoripare végétant. Nous avons rencontré au cours de notre description maintes tumeurs sébacées, adénomes, kystes, épithéliomes, également verruqueuses. Les tumeurs malpighiennes offrent fré-

(1) Verneuil, *loc. cit.*, t. IV, p. 447 et 693.

quemment, ainsi que nous l'avons vu, cette particularité clinique, mais leur étude est restée jusqu'à ce jour incertaine et incomplète, car il semble que leurs formes pédiculées soient plus rares que dans les tumeurs correspondantes glandulaires.

Cliniquement, et quelle que soit la forme anatomique à laquelle il appartienne, l'épithélioma pédiculé présente un développement toujours lent, aux dépens de sa propre masse, et dans la zone toujours restreinte d'un territoire primitivement envahi. *L'épithélioma pavimenteux perlé*, en particulier, ou *cholestéatome* de J. Müller, est extrêmement bénin, souvent pédiculé et enkysté, bientôt stationnaire, et cependant son développement histologique permet de faire l'hypothèse d'un processus pathogénique analogue à celui qui préside à l'évolution de l'épithélioma dit lobulé.

De même l'*épithélioma sébacé calcifié* de Malherbe, peut-être greffé sur un kyste préexistant, est généralement pédiculé et offre une tendance remarquable à la momification, sans que nous puissions connaître les causes qui président et dirigent cette évolution spéciale.

L'*épithélioma sudoripare* de Verneuil est lui-même fréquemment pédiculé, et succède à des altérations des glandes sudoripares dont il est souvent difficile de faire la part, hypertrophie, inflammation, adénome.

Toutes ces tumeurs sont bénignes, nous le répétons, et principalement celles qui proviennent du type glandulaire. Elles n'ont que peu de tendance à se généraliser et moins encore à procéder par bourgeonnement de noyaux secondaires. Nous nous efforcerons de trouver dans l'étude de leur développement, la raison de cet état

bourgeonnant qu'elles offrent presque d'emblée, et nous verrons que la conséquence de cette évolution spéciale est l'intégrité du système lymphatique, l'efficacité de leur extirpation, et les chances que promet l'opération pour la guérison définitive du sujet qui en est porteur. Nous avons donc bien raison d'insister sur ces formes peu connues de cancers, si différents des aspects cliniques habituels.

De même qu'aux variétés de cancroïdes admises par Cornil et Ranvier, il convient d'ajouter la forme végétante, tout à fait analogue à un papillome vulgaire ou à une corne du type pavimenteux, de même les appellations d'*épithélioma verruqueux* (Hallopeau et Leredde) ou d'*épithélioma papillaire* appliquées au type sébacé, ne sont pas suffisamment caractéristiques, et prêtent à confusion. Dans le but de rappeler la forme et l'origine de l'épithélioma sébacé pédiculé, ses relations possibles avec les adénomes et le molluscum, nous croyons qu'il serait préférable de consacrer le terme d'*épithélioma molluscoïde*, basé sur la constatation de corpuscules de dégénérescence colloïde au sein d'éléments glandulaires néoplasés.

CHAPITRE III

Étiologie. — Nature et Pathogénie.

Il nous manque l'expérience clinique suffisante pour établir des données étiologiques bien précises. Du reste, des observations nombreuses n'éclaireraient sans doute pas l'esprit sur la cause productrice des cancers cutanés pédiculés. Il est admis que les tumeurs de la peau se développent toujours en un lieu de moindre résistance, et qu'elles se greffent sur une lésion préexistante irritative ou inflammatoire, ou sur des éléments frappés d'un vice de développement.

Age. — *L'âge* est un facteur étiologique prédominant, et l'on doit toujours suspecter de malignité une tumeur *unique* survenue chez un vieillard. *Le genre de vie*, la négligence du sujet à l'égard des précautions hygiéniques peut entrer en ligne de compte, mais ne constituent que des influences secondaires.

Tempérament. — Hérité. — Le sexe ne joue aucun rôle. Le tempérament arthritique, qu'on accusait jadis, ne saurait s'adapter à des lois générales. L'hérité est souvent peu manifeste, et apparaît sous des degrés d'hétéromorphisme inconciliables avec des règles scientifiques.

Irritation. — Nous avons dit que l'irritation prolongée pouvait provoquer l'apparition des tumeurs cancéreuses : le fait est bien connu chez les fumeurs, les individus exposés à des vapeurs ou poussières irritantes, fabricants de briquettes, raffineurs de pétrole, ramoneurs, etc. Nous ne trouvons rien de semblables dans les cas qui nous occupent.

Lésions préexistantes. — Une cause plus évidente et plus habituelle, ce sont les lésions cutanées préexistantes. Toutes les tumeurs bénignes sont susceptibles de subir une transformation épithéliomateuse. Nous les avons énumérées avec quelque détail au chapitre II. C'est le fait également du lupus, des syphilides, des accidents en apparence les plus insignifiants, comme les cicatrices.

Kératoses. — Dubreuilh (1) distingue à ce point de vue les kératoses qu'il appelle précancéreuses. Telles sont les *cornes*, le *kératome sénile*, le *xéroderma pigmentosum*, le *cancer arsenical*, des *ramoneurs*, des *raffineurs*, les *leucokératoses* ou *leucoplasie*, déjà décrite

(1) *Ann. Dermatol.*, VII, 1896.

par Fairlie Clarke (1) sous le nom de *tylosis*. On pourrait encore citer l'*acné sébacée partielle*, la *psorospermosé folliculaire végétante* de Darier, ainsi que la *maladie de Paget*, qui en est une forme ulcéreuse, l'*adénome sébacé*, les *nævi* (2), le *psoriasis*, etc.

Au cours de notre exposé, nous avons eu l'occasion de rencontrer plusieurs de ces affections. Nous signalons donc l'intérêt que comporte leur étude, au double point de vue de leur diagnostic et de leur évolution ultérieure.

Il serait peut-être intéressant de prouver que ces transformations obéissent à des lois définies, et que chacune de ces affections donne habituellement naissance à une forme de cancer déterminée par la parenté et les liens anatomiques les plus proches, par exemple que les kératoses engendrent le cancer épidermique, et l'acné sébacée sénile le cancer sébacé. C'est une hypothèse possible, mais difficile à vérifier. Quoi qu'il en soit, nous connaissons la tendance des loupes à faire de l'épithéliome sébacé, et chez les deux malades que nous avons observés, l'*épithéliome sébacé* avait succédé lui aussi à des *plaques d'acné concrète ou verrues séborrhéiques séniles* (3).

Au sujet de l'*acné sébacée partielle*, on peut d'ailleurs se demander si les perturbations de la sécrétion sébacée constituent un symptôme surajouté, une lésion purement mécanique ou fonctionnelle du ressort de la dermatologie, ou si elles n'appartiennent pas à des pro-

(1) *Brit. Med. Journal*, 1874.

(2) Thèse Delisle, Paris, 1900.

(3) Thèses d'Audouard et de Rigaud, Paris, 78-89.

cessus atténués d'épithéliomatose. On n'est pas fixé sur la nature véritable de ces formations papillomateuses qu'on rencontre fréquemment chez le vieillard : tantôt on en a fait une simple hyperkératose, traduisant un état chronique d'irritation, et récidivant du fait de modifications dans la fonctionnalité et dans la nutrition de la peau ; — tantôt on les considère comme des papillomes véritables, et il semble qu'en réalité, la lésion essentielle apparaît fréquemment comme une hypertrophie papillaire avec dépôt consécutif de matériaux de sécrétion et de desquamation, assez souvent il s'y joint des productions cornées qui témoignent de leur origine épidermique, ou encore des troubles de pigmentation secondaire.

Mais la véritable acné sébacée constitue très probablement une lésion déjà néoplasique (Verneuil, Cornil). Ces auteurs en font un épithélioma tubulé, et lui accordent une gravité moindre qu'à l'épithélioma lobulé. Cette bénignité, ajoutent-ils, ne doit pas se prendre dans un sens absolu, car ces tumeurs récidivent après l'ablation, se propagent quelquefois aux ganglions lymphatiques dans lesquels il se forme un tissu semblable à celui de la tumeur primitive. Elles se transforment quelquefois en épithélioma lobulé. Cette manière de voir vient à l'appui de l'hypothèse que nous émettions plus haut, de la transformation possible des productions sébacées les unes aux autres.

Comment se fait cette transformation ? Il faut avouer que la plupart du temps la cause occasionnelle nous échappe, et qu'elle dépend d'irritations externes, grattage, excoriations, action du peigne sur une loupe du cuir

chevelu, intervention thérapeutique malencontreuse, caustiques,... qu'il faut éviter à tout prix, chez un sujet avancé en âge. Il faut savoir respecter ces *noli me tangere*, ou les traiter par des procédés aseptiques et radicaux.

Contage externe. — Nous avons discuté en étudiant la verrue des bovidés, l'hypothèse d'une contagion possible de l'homme par les animaux. Mais les particularités anatomiques et cliniques que présente la tumeur obligent à rejeter l'idée d'une lésion inflammatoire, parasitaire, contagieuse. Il ne nous appartient pas d'insister sur les distinctions capitales qui séparent ces dernières des tumeurs vraies, caractérisées pour Bard par une *monstruosité du développement cellulaire*. On discutera longtemps encore sur le prétendu parasitisme des cancers. En ce qui concerne le cancer tégumentaire, on est naturellement tenté d'invoquer un mode de contage externe, mais les microbes qu'on y rencontre sont des espèces banales, saprophytes du revêtement externe, agents ordinaires de la suppuration... Quant aux néoplasies franchement parasitaires, nous les connaissons mieux à mesure que l'expérimentation se perfectionne : l'actinomycoïse, la botryomycoïse, le rhinoclérome ont été isolés par les observations et les recherches de M. le professeur Poncet. L'épithélioma ne saurait leur être assimilé malgré l'analogie apparente de ses formes pédiculées et bourgeonnantes.

Ces formes sont rares à la vérité, et en présence d'une masse végétante et non ulcérée, le clinicien serait tenté

de rejeter l'idée d'une tumeur cancéreuse maligne. Mais nous savons qu'il existe tous les degrés de transition possibles entre les malformations glandulaires, qu'il existe des adénomes malins et des épithéliomes de gravité atténuée.

Nous avons déjà exposé notre manière de voir sur la malignité variable des cancers cutanés, et l'on comprend que les formes dites papillaires ou molluscoïdes sont moins susceptibles de pénétrer et d'envahir les tissus et les ganglions que les autres formes. Pourquoi le cancer cutané est-il tantôt superficiel, ou profond, ou extériorisé? nous nous sommes efforcé d'en trouver la raison dans l'hypothèse suivante :

Une tumeur provient, comme Bard l'a démontré, *d'une seule cellule* frappée d'une sorte d'anarchie, de monstruosité dans ses propriétés rénovatrices. Malgré cette perversion, elle conserve au cours de sa prolifération désordonnée, l'empreinte de son orientation normale et de ses rapports primitifs. Il est donc vraisemblable qu'un cancroïde sera exubérant, papillaire, s'il est né aux dépens d'une cellule de la couche génératrice située en un point culminant d'une papille malpighienne; au contraire, étalé si la cellule appartient à une zone d'accroissement parallèle au plan de la surface; térébrant enfin, s'il provient de la profondeur et se trouve étouffé par la réaction avoisinante. De même, l'épithéliome glandulaire né aux dépens d'un acinus glomérulaire demeurera profondément situé, et devient papillomateux, si l'élément primitivement touché, pousse normalement vers la surface. C'est la raison pour laquelle on peut assister à des transformations

kératiques (1) où colloïdes selon que le point d'origine se rapprochait davantage du type corné ou du type sébacé. Ce fait était remarquable dans la tumeur de la malade de l'Antiquaille (Observ. II). Chez elle, le détail le plus remarquable était la présence de cellules épidermoïdes assez mal colorables, volumineuses, irrégulièrement polyédriques ou découpées en jeu de patience, pourvues de noyaux vivement colorés et par endroits montrant des figures de cytodierèse. Les cellules affectent de loin en loin une disposition en tourbillon, sans aboutir au globe épidermique, sans offrir de prolifération cornée. L'absence de kératinisation les distingue des épithéliomes malpighiens. Ailleurs, on constate la présence d'éléments glandulaires hypertrophiés, avec une prolifération active de petites cellules épithéliales et des formations rappelant la structure glandulaire. On y rencontre également au sein des cellules volumineuses, des masses hyalines, occupant une place notable, en forme de boules ou de croissants, et rejetant à la périphérie le noyau de la cellule. Il semble que la prolifération des couches successives de la peau ait été secondaire à l'altération glandulaire; on s'aperçoit également que les éléments cellulaires sont doués de propriétés néoformatrices peu accentuées, ce qui explique la bénignité de la tumeur.

Il faut donc tenir grand compte de l'état embryonnaire ou adulte des éléments proliférés. La rapidité avec laquelle la cellule anarchique frappée d'une perversion

(1) Cf. *Molluscum contagiosum* d'après Renaut, et *Kératodermie sudoripare*, de Claisse (*Soc. fr. Dermat.*, 1891).

de ses facultés rénovatrices donne naissance par division endogène ou directe (1) à des cellules filles dites embryonnaires, est la mesure anatomique de la malignité.

Nous insisterons également sur la nécessité d'établir les classifications d'après un critérium anatomique rationnel. Les auteurs (2) se basant sur l'aspect de la tumeur décrivent :

Le cancroïde superficiel ;

Le cancroïde profond ;

Le cancroïde papillaire ;

Gaucher (3) admet encore cette classification. Fabre-Domergue (4) distingue les types de revêtement des types glandulaires, et parmi ceux-ci, d'après l'orientation de la cytodièrese, des *euthéliomes*, des *épithéliomes* et des *carcinomes* transformables les uns dans les autres.

Hallopeau et Leredde (5) placent les formes anatomiques (épithéliome sudoripare) sur le même plan que les formes cliniques (Jacob's rodent ulcer). Quant à l'épithélioma sébacé, ils ne lui accordent aucune individualité et en font un *épithélioma lobulé*. — Nous ferons remarquer que ces dénominations basées sur l'aspect microscopique ne satisfont pas l'esprit, qu'un épithéliome pavimenteux malpighien subit l'évolution cornée, de même qu'un épithéliome sébacé, l'évolution

(1) Fabre-Domergue, *Cancers épithéliaux*. Paris, 1898, p. 51.

(2) Dühring, *Traité*, p. 659.

(3) *Journal méd. int.*, 1^{er} oct. 1900.

(4) *Loc. cit.*, Ch. III.

(5) *Loc. cit.*, p. 218.

colloïde, que tous les épithéliomes glandulaires peuvent être tubulés ou lobulés à un stade défini de leur accroissement, que le qualificatif de tubulé, par exemple, s'applique aux tumeurs d'origine diverse, peau, voies lacrymales, mamelle, « qu'on y range toutes les tumeurs d'origine épidermique non kératinisantes, quand elles ne sont pas cylindriques ou qu'elles ne présentent pas les caractères du carcinome, et qu'on ne saurait en donner une description générale. » (Bard).

Il convient donc de rejeter le terme d'épithélioma tubulé ou lobulé parce qu'il prête à confusion, et peut s'appliquer à des types distincts de néoplasmes glandulaires, et non à une seule variété comme le terme *perlé* appliqué à l'épithéliome pavimenteux kératinisant. Quant au cylindrome, c'est une tumeur à dégénérescence colloïde, et qui ne possède aucune individualité, puisqu'on a pu qualifier de ce nom, tantôt l'adénome sébacé, tantôt l'épithéliome vrai. On doit distinguer les cancers sudoripares et les cancers sébacés, avec leurs deux aspects cliniques ulcéreux et molluscoïde.

D'une manière générale, ces différents types d'épithéliomas cutanés ressortissent tous à une perversion analogue de la morphologie cellulaire, et nous avons assez dit que ces perversions, exerçant des actions homologues sur les éléments glandulaires, aboutissent à des aspects différents selon l'élément attaqué, sa disposition anatomique en tube, grappe, ou glomérule, selon l'intensité du processus néoplasique et l'efficacité de la résistance des tissus environnants. Il s'agit en tous cas d'une déviation que subissent les éléments en s'accumulant de manière à former des assises cellulaires

de moins en moins régulières, denses et abondantes. Fabre-Domergue déclare que si la désorientation s'accroît principalement selon le grand axe de la cellule par rapport à la direction normale, on a affaire à la variété de tumeurs dite épithélioma glandulaire. Cette désorientation des assises sécrétantes correspond à celle que l'on constate dans les tumeurs de revêtement d'appellation semblable. On voit d'après ce seul fait que des processus analogues s'attaquant à des éléments cellulaires si franchement distincts les uns des autres ne sauraient rentrer dans un cadre unique. On comprend également la fréquence relative des adénomes et épithéliomas glandulaires, et la rareté de telles néoplasies quant au type de revêtement.

Mais le processus néoplasique épithélial est unique, à moins que la bactériologie, toujours en marche vers des conquêtes nouvelles, n'arrive à démontrer la multiplicité des formes de néoplasmes relevant d'agents pathogènes distincts et multiples, et les choses se passent de telle sorte que l'anatomie pathologique permet de suivre sur une même tumeur les étapes progressives de la perturbation cellulaire : l'accroissement par transformation reproduit, en effet, le développement phylogénétique, de telle sorte que certaines zones complètement désorganisées sont perdues au sein de fragments en voie d'hypertrophie simple qui se rapportent à l'adénome, et d'autres plus avancés, déjà frappés d'hyperplasie du type épithéliome.

C'est évidemment dans les portions nouvellement atteintes et se rapprochant au maximum de la formation anatomique normale qu'il importe de rechercher

les traces du processus primitif, et la signature du diagnostic.

Cette certitude est parfois difficile à acquérir, et dans la tumeur sébacée que nous avons analysée, nous avons éprouvé quelque embarras à décider en dernière analyse. Nous répétons que le stade importe peu, qu'il faut s'en rapporter tout à la fois à l'intensité de la prolifération cellulaire et à l'aspect clinique, deux facteurs qui pourront se trouver en contradiction l'un avec l'autre. Mais ce qu'il importe de savoir, et ce qu'on n'a pas assez dit, c'est que le microscope ne saurait baser le pronostic, qu'il existe des types intermédiaires en clinique comme en anatomie pathologique, qu'un adénome peut être très grave, et qu'il existe des *épithéliomes cutanés pédiculés* dont la malignité est très atténuée.

Dans les cas habituels de néoplasmes cutanés d'origine épithéliale, la distinction ne saurait être aussi tranchée. On ne saurait oublier, en effet, dans leur description l'influence réciproque des éléments constitutifs de la peau et le degré de confusion extrême qui résulte de leur envahissement simultané.

Indépendamment des phénomènes surajoutés d'inflammation, d'atrophie ou d'hypertrophie, il est habituel d'observer un mélange des caractères propres aux différents stades d'évolution de chaque élément cellulaire proliféré, de telle sorte qu'il est parfois impossible de remonter à l'altération primitive.

Aussi comprend-on que les anciens cliniciens s'en soient tenus à la description de néoplasies facilement reconnaissables, évoluant dans un sens connu et présentant un aspect caractéristique. Le *rodent ulcer* de

Thin-Jacob est un cadre, une modalité clinique, aboutissant habituel des lésions cutanées néoplasiques et ulcéreuses; c'est l'épithéliome végétant et exubérant, dont les descriptions sont confuses, parce qu'on rencontre au sein de la masse les traces du processus néoplasique s'attaquant à tous les éléments de la peau. La prééminence des lésions glandulaires ou des lésions des zones de revêtement, doit permettre, à une époque aussi rapprochée que possible du début, de le rattacher à l'un ou l'autre type.

Le terme de *cancroïde* adopté par les anciens auteurs pour désigner une tumeur cancéreuse torpide et bénigne du tégument externe n'a donc sa raison d'être qu'au point de vue purement clinique. Et encore, la gravité variable de ces tumeurs, qui ne leur avait point échappé, vient plaider en faveur d'une origine également dissemblable : qu'on appelle cancroïde les cancers malpighiens, les épithéliomas cornés, cette appellation est légitime, mais il faut en distraire les tumeurs d'origine glandulaire, où l'élément glandulaire n'occupe plus une place secondaire par retentissement de voisinage, mais bien prépondérante.

La véritable classification doit s'inspirer, en effet, de la spécificité cellulaire et distinguer autant d'épithéliomas qu'il y a d'espèces de cellules dans le revêtement cutané, prolongements interpapillaires du corps muqueux, glandes sébacées et sudoripares...

Par conséquent, il y a quatre types d'épithéliomas primitifs de la peau :

1° *Type malpighien*, envahissant rapidement les ganglions;

2° *Type sudoripare*, dit épithélioma tubulé de la peau.

3° *Type sébacé*.

4° *Type mélanique*, dit *sarcome mélanique*, qui reconnaît pour origine *les cellules chromatophores* (Dor).

Nous ne saurions nous occuper de chacun d'eux en particulier. Il y a plus. De même que le type malpighien comporte plusieurs variétés suivant que la prolifération cornée est exubérante (région palmaire) ou restreinte (œsophage, vagin, prépuce), de même que la fonctionnalité des cellules glandulaires sudoripares (glandes de Krause par exemple) imprime à l'épithélioma de Cornil des caractères spéciaux, de même l'épithélioma sébacé offre des particularités selon le point de départ qui lui a donné naissance. Il peut être tubulé ou lobulé selon que la prolifération atteint de préférence l'acinus ou le canal excréteur, et une même préparation peut recéler à la fois ces deux aspects différents.

Il peut, comme dans la tumeur de la malade de l'Antiquaille (Obs. II), offrir le type adulte et quasi épidermique, parce que le point d'origine est la cellule de transition qui unit le stratum dentelé au canalicule de la glande (hypothèse du professeur Bard).

Il peut encore se pédiculiser, et se présenter sous la forme particulière que nous avons appelée épithélioma molluscoïde (Observation I).

Il peut enfin présenter une marche et une gravité particulières selon son siège, et on connaît la malignité du *cancer meibomien* étudié par M. le docteur Dor (1).

(1) *Lyon médical*, 1895.

Chacune de ces formes et de ces variétés répond à un aspect particulier. L'étude clinique devra la plupart du temps se compléter de l'examen microscopique aussi nécessaire que dans les cas de dégénérescence des kystes sébacés.

Quant à l'*épithélioma sébacé calcifié de Malherbe* (1), il est reconnu qu'il ne s'agit là que d'une dégénérescence calcaire d'une lésion inflammatoire, peut-être d'un kyste sébacé préexistant et que l'envahissement ganglionnaire n'y révèle point la nature maligne que lui accordait l'auteur (P. Broca).

Résumé. — Des considérations qui précèdent il résulte que les diverses tumeurs susceptibles de frapper le système pilo-sébacé possèdent une individualité qui leur est propre. Leur étude est souvent entourée de difficultés, parce qu'elles sont complexes et pour ainsi dire intermédiaires, offrant des relations et des degrés de transition assez mal délimités entre les épithéliomas *de revêtement* et les épithéliomas *glandulaires*.

Diverses perversions de la sécrétion constitue l'*acné sébacée fluente ou concrète*... Il s'y joint fréquemment des troubles de rétention, tels que le *milium* et le *colloïdplasma*. A un degré plus accentué et lorsque des lésions inflammatoires se surajoutent, on se trouve en présence des différentes formes d'*acnés*, caractérisées par des altérations glandulaires (adéno-folliculites). Les *adénomes sébacés* sont tantôt des malformations congé-

(1) *Bulletin Soc. anat.*, 1880. Thèse Chenantais (1882). — *Arch. gén. médecine*, 1895.

nitales (nævi kystiques), tantôt des néoformations bénignes et infectieuses (molluscum contagiosum et kystes sébacés). Les *adénomes de Balzer* constituent un type de transition mal connu, intermédiaire aux hypertrophies simples et aux tumeurs épithéliales. Il en est de même de certaines formes de xanthome. Enfin, *l'épithéliome sébacé* se présente sous différents aspects : dégénérescence colloïde bénigne des loupes de M. le professeur Poncet ; — épithélioma secondaire des kystes ; — épithélioma primitif des glandes. Il succède habituellement à des altérations préexistantes des glandes sébacées, troubles sécrétoires, inflammation chronique... (V. Audouard, Th. Paris, 1879.) Il peut en imposer pour un cancroïde tégumentaire malpighien, et le point d'origine est parfois difficilement appréciable. Il présente certaines modalités selon la portion glandulaire primitivement atteinte. Comme l'épithéliome sudoripare, il est susceptible de se pédiculiser, et certains aspects microscopiques sont de nature à faire admettre qu'il s'agit en pareil cas d'un épithélioma développé aux dépens du canal excréteur.

Pour mieux exprimer notre pensée, nous chercherons à établir un point de comparaison entre les tumeurs des glandes sébacées et celles de la glande mammaire, ces deux organes étant assimilables au point de vue de la morphologie générale (glande acineuse simple ou composée), et nous dirons que *notre tumeur est à l'épithélioma sébacé ce que l'épithélioma intracanaliculaire ou dendritique est aux tumeurs du sein*, à savoir une forme développée aux dépens des cellules du canal excréteur, lesquelles sont histologiquement un peu différentes des

cellules des acini. La comparaison anatomique peut se poursuivre sur le terrain clinique, puisque l'épithélioma intracanaliculaire du sein est plus bénin que les cancers ordinaires de cette glande, et offre moins de tendance à l'envahissement ganglionnaire et à la généralisation.

CHAPITRE IV

Etude clinique

Nous connaissons maintenant la nature et la signification nosologique de l'épithélioma sébacé verruqueux. Nous avons vu qu'il s'agit d'une forme particulière de cancer bénin qui, au point de vue morphologique, diffère des variétés habituelles de néoplasies cutanées ou glandulaires.

Cliniquement, l'aspect n'est pas moins particulier et possède des caractères que nous allons esquisser et mettre en parallèle avec les ulcérations cutanées épithéliomateuses qu'on rencontre si fréquemment chez le vieillard.

Nul doute que la tumeur ne se soit développée chez nos malades sur une plaque préexistante d'acné sébacée concrète, qui demeura longtemps stationnaire et qui commença à végéter le jour où des irritations mécaniques incessantes ou une intervention thérapeutique

inconsidérée vint lui donner le coup de fouet provocateur. C'est l'évolution habituelle des hyperkératoses précancéreuses.

Au lieu d'un développement en nappe ou en profondeur, la tumeur a proliféré à l'extérieur, s'offrant à l'examen sous forme de production verruqueuse pédiculée et bourgeonnante, n'ayant aucune tendance à l'ulcération, saignant peu et attirant à peine l'attention du malade. Lorsque nous l'avons examinée, la tumeur avait pris un développement considérable, du volume d'une châtaigne ou d'une petite pomme. Elle figurait une masse végétante, inégale, déchiquetée, rappelant l'aspect du chou-fleur et pédiculée comme un champignon, de coloration gris rosé comparable à la teinte des bourgeons charnus, recouverte par la peau desséchée, squameuse, glabre, l'épiderme atrophié et tapissé de concrétions sébacées brunâtres.

Son siège paraît être indifférent, à la région sternale ou temporale, au hasard des lésions préexistantes.

L'épithélioma molluscoïde se rattache à la peau par une portion relativement large, mais d'un diamètre plus ou moins inférieur à la tumeur elle-même. Il en résulte qu'il offre peu de mouvements et que son adhérence et sa résistance aux tractions sont assez marquées ; mais il n'affecte point de connexions intimes avec les tissus sous-jacents, sa superficialité est absolue chez le malade de l'observation I, la peau avoisinante offrait une consistance plus forte qu'à l'état normal, elle était rouge et présentait des signes d'inflammation chronique sans caractère morbide particulier.

La palpation révèle une consistance ferme et élas-

tique, comparable à la figue sèche ou au caoutchouc altéré, sans point particulièrement induré ou ramolli. Dans nos deux cas, la tumeur ne s'était point ulcérée, son aspect était parfaitement homogène, elle n'était le siège d'aucun suintement sanieux, ni sanguin, elle n'avait jamais présenté d'hémorragies ni de sécrétions pathologiques. Elle est susceptible d'offrir des complications surajoutées d'infection, et de suppurer superficiellement, par-dessous la croûte sébacée et épidermique desséchée qui la recouvre, et qu'il importe de détacher pour mieux apprécier ses caractères propres.

La tumeur, indolore à la pression, l'est de même spontanément, et ne présente aucune douleur localisée ou irradiée dans son territoire nerveux. Elle n'entraîne aucun trouble apparent dans la vitalité des tissus et organes avoisinants, aucune gêne fonctionnelle. La santé du malade n'a jamais été ébranlée, son aspect ne rappelle en rien la cachexie cancéreuse, son état général est demeuré bon, ce qu'on n'observe pas toujours dans les cas de cancroïdes ulcérés et rongeurs. La tumeur est restée simple, isolée, sans bourgeonnement secondaire, sans tendance extensive, localisée, pour ainsi dire, au territoire primitivement atteint.

Cette bénignité se traduit encore par l'intégrité du système ganglionnaire. Dans les deux cas, nous avons trouvé les ganglions afférents des territoires malades normaux, et si quelque réaction est apparue, elle tenait à des complications inflammatoires, sans aucun caractère d'envahissement néoplasique constant dans les tumeurs interstitielles, avec leur pronostic dangereux de repullulation et de généralisation par le système

lymphatique. Aussi, la récursive n'est-elle pas à redouter et nous ne l'avons pas observée chez nos malades.

Evolution.— Elle paraît avoir été assez rapide, après une période en quelque sorte latente, à laquelle il est difficile de préciser une date. L'accroissement se fait à la manière d'une hypertrophie pure et simple, sans retentissement sur l'état général, sans phénomènes douloureux, sans éveiller l'attention du malade, peu disposé à s'alarmer d'un « simple bouton ». Elle se propage par une multiplication de ses éléments constitutifs, sous l'influence du processus néoplasique et arrive rapidement à son maximum d'accroissement, aucun élément nouveau ne contribuant à sa prolifération indéfinie de proche en proche. Cette évolution torpide est progressive, contrairement à celle des néoplasies malignes qui subissent souvent des temps d'arrêt, des irrégularités dans leur marche. Il est possible qu'à la longue elle aurait pu se flétrir et guérir spontanément par endartérite (faits de Lübke chez les bovidés et les équidés); peut-être aussi, avec une évolution de longue durée, subir soit la dégénérescence graisseuse, particulière aux éléments nobles, ou calcaires (types Balzer ou Malherbe), ou colloïde, déjà manifeste en certains points. Nous croyons plutôt à la possibilité d'une transformation maligne, toujours à craindre sous l'influence de causes secondaires et difficiles à prévoir. On connaît le danger de l'ulcération des néoplasies épithéliales, qui suffit parfois à réveiller leur malignité jusqu'alors latente et à provoquer leur prolifération rapide et l'infection du système ganglionnaire. Il n'existe

à ce sujet aucune différence notable, quelle que soit la forme du néoplasme, et un foyer de fermentation néoplasique, quelle que soit sa gravité, son degré d'isolement et la manière dont l'organisme réagit envers lui, est toujours une menace pour le sujet qui en est porteur. Sa forme pédiculée n'est pas une garantie de bénignité et ne doit pas inspirer au chirurgien une confiance absolue sur son évolution et son avenir.

L'âge et la résistance du sujet, la prudence avec laquelle il évite toute cause d'irritation ou d'ulcération, la superficialité de la tumeur molluscoïde sont des facteurs de bon pronostic. Il en est de même de l'intensité de la prolifération épithéliale ; toutes choses égales d'ailleurs, les formes embryonnaires sont plus sujettes à végéter au loin et à envahir les lymphatiques que les formes adultes. La cytodiérèse est le critérium de la malignité. C'est pourquoi la tumeur de la malade de l'Antiquaille était-elle spécialement torpide et bénigne.

En un mot, le pronostic est meilleur dans le cancer cutané que dans toute autre forme, meilleur quand il a son point de départ dans les épithéliums glandulaires, meilleur enfin dans les formes végétantes à l'extérieur et nettement pédiculées. Car, dans ce dernier cas, le rôle du chirurgien paraît susceptible d'une efficacité véritable, ce que nous allons examiner en parlant du traitement.

CHAPITRE V

Traitement

En présence d'un cancer uniquement développé à l'extérieur, il ne saurait être question de discuter le traitement. On a pu dire que certains cancroïdes à allures lentes et torpides, peu accessibles au bistouri, sans retentissement sur l'état général, devaient être respectés surtout chez les sujets avancés en âge. Ici, il faut intervenir, on est sûr de ne pas nuire, et on peut rendre service en supprimant un foyer néoplasique dangereux.

La guérison spontanée par transformation graisseuse, hyaline ou calcaire ou par dessèchement du pédicule étant une éventualité inacceptable, la médication interne à la magnésie, à l'arsenic et au thuya occidentalis est inutile. Le traitement chirurgical au contraire sera toujours radical, et facilité par l'absence d'envahissement ganglionnaire et de connexions vers la profondeur. Il importe de ne pas s'attarder à des

moyens thérapeutiques incertains ou dangereux, ligature, cautérisation chimique ou actuelle. Dans les deux cas que nous avons observés, c'est l'extirpation au bistouri qui a été employée, et c'est cette méthode, mise en pratique d'emblée par M. le professeur Poncet, que nous conseillons, à moins de circonstances cliniques très particulières. La tumeur est circonscrite par une ligne d'incision circulaire ou par une double incision curviligne ; on pénètre assez profondément dans le tissu cellulaire sous-cutané, pour en bien détacher la base, on dissèque le pédicule. L'hémorragie est insignifiante. Il sera bon de dépasser la zone d'induration qui témoigne d'une inflammation chronique de la peau, afin de supprimer du même coup toute chance d'égarer quelques parcelles de tissu pathologique et d'opérer la suture en tissu sain.

Si la perte de substance est peu considérable, on tente la réunion par première intention, toujours désirable ; sinon, on panse à plat et on attend la cicatrisation en surface. Celle-ci se fait normalement s'il reste dans le derme des noyaux de rénovation épidermique ; sinon on pourrait avoir recours à la greffe cutanée.

Il n'y a pas à se préoccuper de l'adénite, qui est peu prononcée, peut faire défaut et dépend de processus d'inflammation vulgaire surajoutée. Dans les deux cas, la cicatrisation n'a pas tardé à s'effectuer et la guérison a été définitive.

OBSERVATION II (résumée)

Due à l'obligeance de M. le docteur Carle, chef de clinique de
M. le professeur GAILLETON.

Mme V. B..., entrée le 15 mai à l'Antiquaille, dans le service de M. le professeur Gailleton.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires, si ce n'est que son père a été atteint d'une tumeur cancéreuse de la joue droite.

Elle a toujours eu une bonne santé. Une infection post-partum a guéri sans laisser de traces. Elle n'a jamais été qu'accidentellement à la campagne, et n'a pas soigné d'animaux. L'affection actuelle a débuté en août 1897. A cette époque la malade s'est aperçue de la présence d'une petite croûte à la joue droite, semblable à une autre qu'elle porte sur le ventre et qu'elle nous montre: c'est une surface cornée, dure et adhérente. Elle a l'apparence d'une « crasse de vieillard », au début. La croûte de la joue, était, dit la malade, plus petite, brune, indolente, non prurigineuse. Ses dimensions s'accrurent pendant les deux années qui suivirent, sans infiltration alentour, ni réaction inflammatoire.

En mars 1900, un pharmacien arrache la croûte ainsi formée. Il vient quelques gouttes de sang. Il ne la cautérise pas et ne mit pas de pansement. Dans les jours qui suivirent, la tumeur renaît, rapide, sous forme d'un bourgeon blanchâtre. En quinze jours, il atteint le volume et la forme d'un haricot rattaché à la peau par un large pédicule, de consistance mi-dure, sans réaction inflammatoire. Quelques pansements à la pommade firent tomber le haricot dont le pédicule resta en place, et sur ce pédicule prit naissance la tumeur actuelle (mai 1900): plusieurs bourgeons analogues au premier pous-

sèrent, sous forme de renflements blanchâtres de 1 centimètre, à tête mamelonnée et suintante, recouverte d'une calotte croûteuse. Déformés par pression, ils constituèrent finalement une sorte de chou-fleur serré, simulant ainsi une tumeur unique, tout entière recouverte d'une croûte épaisse, feuilletée, suintante.

En août 1900, on constate sur la joue droite, au-dessous de l'arcade zygomatique, une tumeur irrégulièrement ovoïde, de la grosseur d'un œuf de pigeon, suspendue par un pédicule ovalaire large comme une pièce de 1 franc. La tumeur est recouverte d'une croûte noirâtre, fétide, mamelonnée. Chacun de ces mamelons correspond à l'un des bourgeons sous-jacents, séparés par des sillons plus ou moins marqués. L'un d'eux, plus accentué, parcourt la tumeur d'un bout à l'autre, la divisant en deux lobes, l'un supérieur, l'autre inférieur, à peu près égaux. A la partie la plus élevée, un sillon transversal individualise un troisième lobe tardivement formé, gros comme une fève, lisse, dur, non recouvert de croûtes. Dans sa plus grande longueur, la tumeur a 5 centimètres, 3 en largeur, et 2,5 en hauteur. Elle est très mobile sur son pédicule. Débarassée de la croûte, elle offre de petits lacs purulents fétides. Pas d'hémorragie notable. Les bourgeons apparaissent dès lors déchiquetés, à sommets jaunâtres, sauf en certains points plus vasculaires. Le pédicule, ovale, long de 2 centimètres, large de 1,5, haut de 0,5 est lisse, non suintant.

Les mouvements transmis s'exécutent facilement, la palpation n'est pas douloureuse. Pas de douleurs spontanées. La peau avoisinante est rouge, non indurée. Pas de ganglions.

Etat général excellent.

Le 25 septembre, M. Carle, chef de clinique, opère l'enlèvement de la tumeur : incision ovalaire passant en tissu sain. Dissection du pédicule. Le tissu sous-jacent n'est pas infiltré. Réunion par première intention.

Suites des plus simples. La réunion se fait facilement et sans accidents.

La malade sort guérie douze jours après.

OBSERVATION III (inédite).

Recueillie au laboratoire de M. le professeur PONCET,

Epithélioma développé sur un kyste sébacé du cuir chevelu.

D... Marie-Anne, 61 ans, ménagère, salle Sainte-Anne, n° 1.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires de la malade.

Personnellement, elle a toujours joui d'une bonne santé. Variole à 25 ans. Elle a eu un avortement, puis quatre enfants dont les trois premiers sont morts en bas âge. Elle porte depuis plus de dix ans des loupes du cuir chevelu, n'ayant causé aucune gêne, et dont elle ne s'est pas préoccupée.

Actuellement, on en trouve une à la nuque, une à la région pariétale, et trois autres à la région occipitale. Ces divers kystes ont une consistance molle, le volume d'une noix, ils sont recouverts de peau saine. L'un d'eux occupe la partie supérieure de la région occipitale. Son volume est considérable, il est bosselé. La malade l'a fait saigner en se peignant, il y a six mois, puis la tumeur s'est ulcérée et a pris une consistance plus dure. La peau est ulcérée, saignante, bourgeonnante. En un point limité, la tumeur est encore molle, et la pression fait sourdre de la matière sébacée ; partout ailleurs la consistance est dure. Ganglions indurés, mobiles, à la nuque et dans le triangle sus-claviculaire gauche.

Traitement. — On procède à l'ablation des tumeurs par l'instrument tranchant. L'opération est facile pour les kystes ; pour la tumeur ulcérée, on aboutit à une perte de substance, et l'hémostase est faite au thermo-cautère. On remarque que le cuir chevelu présente une dépression remplie de tissu néo-

plasique analogue à celui de la tumeur, dont il semble être un prolongement. Pansement à l'iodoforme.

La tumeur pèse 40 grammes. Elle est en partie encapsulée, en partie logée dans l'épaisseur du cuir chevelu. Sa coupe est blanchâtre friable, granuleuse. L'examen microscopique montre que cette tumeur est de nature épithéliale.

La malade sort deux semaines après : les kystes sont cicatrisés ; la tumeur principale est en bonne voie de guérison. On n'a pas revu la malade.

Nota. — Nous aurions pu multiplier le nombre des observations relatives à l'épithélioma sébacé secondaire aux lésions kystiques préexistantes des glandes sébacées, mais ces cas sont bien connus, leur malignité n'a pas échappé au clinicien, et l'on sait que fréquemment ils ont entraîné la terminaison fatale.

CONCLUSIONS

I. Parmi les néoplasmes cutanés d'origine épithéliale, il existe des tumeurs imparfaitement décrites et mal classées qu'il faut distinguer des lésions irritatives ou congénitales, aussi bien que des néoplasies spécifiques parasitaires avec lesquelles elles ont certains points communs.

II. Nous pensons qu'il existe *trois formes d'épithéliomas cutanés*, correspondant aux trois types cellulaires susceptibles de prolifération néoplasique, à savoir les cellules malpighiennes, les cellules sudoripares et les cellules sébacées. Chacune d'elles reconnaît des degrés divers de gravité et des variétés anatomiques de transition.

III. Les *tumeurs sébacées*, que nous avons spécialement étudiées, constituent un groupe très mal connu, dont quelques-unes seulement sont bien différenciées (par exemple les adénomes et les kystes).

IV. L'*Epithélioma sébacé* se présente sous différents aspects : dégénérescence colloïde des loupes de M. le professeur Poncet (cylindrome), épithélioma secondaire des kystes, épithélioma primitif des glandes.

V. Nous avons observé, dans le service de M. le professeur Poncet, une *forme verruqueuse ou molluscoïde*, dont la structure histologique nous a paru mériter une description spéciale : morphologiquement elle est aux tumeurs sébacées ce que l'épithélioma intracanaliculaire du sein est aux tumeurs de cette glande, à savoir une forme développée aux dépens des cellules du canal excréteur.

VI. La comparaison anatomique peut se poursuivre sur le terrain clinique, cette variété constituant un cas favorable, une tumeur de faible malignité, parfaitement extériorisée, sans tendance notable à l'ulcération, sans connexion profonde, ni envahissement ganglionnaire, ni retentissement sur l'état général.

VII. Son pronostic est donc bénin. Le traitement offre toutes les garanties d'efficacité ; il consiste dans l'ablation au bistouri.

VU :

Le Président de la Thèse,

PONCET.

VU :

Le Doyen de la Faculté,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 28 novembre 1900.

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDRY et NOVÉ-JOSSERAND. — *Lyon Médical*, 98.
AUDOUARD. — *Th. Paris*, 1900.
BARD. — *De la spécif. cellul.* — *Arch. physiol.*, 1885. — *Province médic.*, 1888.
BARLOW. — *Deutsch. Arch. f. Klin. med.*, 1895.
BESNIER et BROCC. — *Pratiqu. Dermatol.*, 1900.
BRAULT. — *Annales Dermatol. et Syphil.*, VII, 1896.
BROCA. — *Traité des Tumeurs.* — *Dict. encycl. Sc. médicales.*
Art. Adénome.
CLARKE. — *Centralbl. f. Bakteriologie*. XVII.
COLIN. — *Th. Paris*, 1900.
CORNIL et RANVIER. — *Traité d'An. Pathol.*
CRUVEILHIER. — *Bull. acad. roy. médéc.*, 1844.
DARIER et JACQUET. — *Arch. méd. expér.*, 1899.
DELISLE. — *Th. Paris*, 1900.
DONAT. — *Th. Paris*, 1900.
HALLOPEAU et LEREDDE. — *Traité de Dermatol.*
HALLOPEAU. — *Progrès Médical*, 1891.
JOHNE. — *Deutsch. Arch. f. Thiermedizin*, XII.
KAPOSI. — *Pathol. und Therap. der Hautkrankheiten.*
KRAUSS. — *Arch. für pathol. Anat.*, XX.
LEBERT. — *Physiol pathol.*, 1859.

- MAJOCCHI. — *La Veterinaria*, 1883.
MACREZ. — *Thèse Paris*, 1899.
MISSET. — *Thèse Paris*, 1872.
PAVIOT. — *Lyon Médical*, 1900.
PAYNE. — *The Lancet*, 1896.
POLLITZER. — *Monats. f. prakt. Dermat.*, XI.
PORLT. — *Thèse Lyon*, 1893.
QUEIFEL. — *Marseille Médical*, 1898.
RIGAUD. — *Thèse Paris*, 1879.
SAALFELD. — *Berl. klin. Wochens.*, 1892.
SCHAAL. — *Arch. für. Dermatol.*, XXXV.
SIMON. — *Hautkrankheiten*.
TOMASI-CRUDELI. — *Anatom. Pathologica*, 1882.
VAN HOORN. — *Monats. f. prakt. Dermat.*, XX et XXIII.
VERNEUIL. — *Arch. génér. Médecine*, 1854.

Pour des indications plus complètes, consulter les notes du texte.

Imprimerie MOUGIN-RUSAND. — WALTENER et C^{ie}, successeurs
3, rue Stella — Lyon
